

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR  
CÂMPUS PROF. FRANCISCO GONÇALVES QUILES  
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

**FABIANO FONSECA DE FREITAS**

**PREÇOS DOS SERVIÇOS MÉDICO/HOSPITALAR: UM  
COMPARATIVO ENTRE PLANOS DE SAÚDE E PARTICULAR**

**Trabalho de conclusão de curso  
Artigo Científico**

**CACOAL (RO)  
2017**

**FABIANO FONSECA DE FREITAS**

**PREÇOS DOS SERVIÇOS MÉDICO/HOSPITALAR: UM  
COMPARATIVO ENTRE PLANOS DE SAÚDE E PARTICULAR**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Fundação Universidade Federal de Rondônia –  
UNIR – *Câmpus* Prof. Francisco Gonçalves  
Quiles, como requisito parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Ciências Contábeis.**

**Orientador:** Prof. Dr. Cleberson Eller Loose.

**Cacoal (RO)  
2017**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR**  
**CÂMPUS PROF. FRANCISCO GONÇALVES QUILES**  
**DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

O Artigo Científico – Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Preços dos serviços médico/hospitalar: Um comparativo entre planos de saúde e particular”, elaborado pelo acadêmico Fabiano Fonseca de Freitas, foi avaliado e julgado APROVADO pela banca examinadora em 07 de Dezembro de 2017, formada por:

---

Prof. Dr. – Cleberson Eller Loose  
Presidente

---

Prof. Me. Rogério Simão  
Membro

---

Prof. Me. Valdinei Leones de Souza  
Membro

**Cacoal (RO)**  
**2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Fundação Universidade Federal de Rondônia  
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo (a) autor (a)

---

F866p Freitas, Fabiano Fonseca de.

Preços dos serviços médico/hospitalar: um comparativo entre planos de saúde e particular / Fabiano Fonseca de Freitas. -- Cacoal, RO, 2017.

27 f. : il.

Orientador(a): Prof. Cleberson Eller Loose

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) -  
Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Saúde pública. 2.Planos de Saúde. 3.Sistema unico de Saúde . I. Loose,  
Cleberson Eller. II. Título.

CDU 657.4

---

Bibliotecário(a) Leonel Gandi dos Santos

CRB 11/753

## **PREÇOS DOS SERVIÇOS MÉDICO/HOSPITALAR: Um comparativo entre planos de saúde e particular**

Fabiano Fonseca de Freitas <sup>1</sup>

**RESUMO:** Este trabalho teve como objetivo comparar os preços dos serviços médicos e hospitalares pagos por planos de saúde e por meio de atendimentos particular nos três principais hospitais particulares de Cacoal. Tendo como objetivos específicos: identificar os preços dos dez principais serviços médico hospitalar; comparar os valores pagos pelos planos de saúde aos hospitais; levantar a proporção entre pagamentos via particular e planos de saúde e identificar o percentual do faturamento dos hospitais provenientes de atendimento particular e planos de saúde. Os dados foram obtidos por meio de entrevista realizada junto aos gestores dos hospitais particulares da cidade de Cacoal – RO, posteriormente foram agrupados de acordo com seu grau de similaridade e analisados com o auxílio de ferramentas eletrônicas. Sendo apresentados por meio de figuras e analisados e discutidos com base em referencial existente sobre o tema. Foi verificado que 100% são exclusivamente privados com fins lucrativos. Todos eles possuem atendimento ambulatorial. 66,67% possuem pronto atendimento (SPA). Nenhum dos hospitais possui pronto socorro. Foi verificado que de maneira geral a maior parte do faturamento dos hospitais é proveniente de atendimentos com pagamento particular. Também foi possível identificar uma discrepância entre os valores pagos pelo mesmo procedimento para cada um dos hospitais por um único plano de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Publica. Planos de Saúde. Sistema Único de Saúde.

### **1. INTRODUÇÃO**

Desde o início da civilização já havia a busca por tratamento para combate de doenças, contudo a atividade hospitalar acompanha o início da civilização, desde os mercados da Babilônia, no Egito, Grécia e Índia (226 a.C). Com a evolução das civilizações os tratamentos médicos, eram restritos para famílias de alto poder aquisitivo, nesse período não havia serviços de saúde publica. Com a revolução industrial e aumento do proletariado foi surgindo pequenos grupos de serviços médicos privados voltados aos funcionários das empresas, começa a surgir os primeiros usuários de planos de saúde da época (NETO; DENDASCK; OLIVEIRA, 2016).

De acordo com instituto de estudos de saúde suplementar (IESS) por meio da 11ª edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) pessoas que possuem vínculo com planos de saúde até mês de abril de 2017 totalizaram 47,5 milhões de usuários, pesquisa realizada pelo instituto em parceria com datafolha entre os meses de abril e maio de 2015

---

<sup>1</sup> Acadêmico concluinte do Curso de Ciências Contábeis da Fundação Universidade Federal de Rondônia-*Câmpus* Francisco Gonçalves Quiles, como Trabalho de Conclusão de Curso, elaborado sob a orientação do Professor Dr. Cleberson Eller Loose. E-mail: [fabianofreitas2@hotmail.com](mailto:fabianofreitas2@hotmail.com).

verificou que o plano de saúde com (53%) e o terceiro bem mais desejado pelas famílias brasileiras, ficando atrás apenas do desejo de possuir casa própria (63%) e direito a educação (71%).

Um ponto crucial para o avanço da saúde privada no Brasil, diz respeito ao avanço e a comercialização dos planos de saúde, juntamente com a deficiência do estado tem para oferecer uma saúde pública de qualidade, que é um direito garantido na constituição Brasileira de 1988 (RAIMUNDO, 2014).

O setor de serviços no Brasil é um instrumento de vital importância para o desenvolvimento financeiro e socioeconômico do país. Diante dos incentivos fiscais concedidos pelo governo federal aos usuários da saúde privada, na forma de redução de imposto os quais são fundamentais para desenvolvimento do mercado nacional de planos de saúde, podendo mencionar a renúncia de imposto feito pelo governo em benefício das entidades sem fins lucrativos e a indústria farmacêutica por meio dos seus medicamentos, contribuindo com acirramento da competitividade no mercado nacional, esses fatores favorecem a ampliação do poder de escolha dos consumidores (COSTA, 2016).

Com base no crescimento do sistema de saúde privada, e com a deficiência do estado em oferecer uma saúde pública de qualidade, os planos de saúde surgem como opção para garantir a qualidade na demanda dos serviços médicos e hospitalares. Diante disto este trabalho buscou identificar os valores cobrados nos dez principais serviços médicos e hospitalares, com maior demanda no município de Cacoal. Realizando um comparativo com valor cobrado no particular, e nos planos de saúde atendido em cada hospital, e verificar o quanto impacta na receita bruta, em percentual o faturamento dos hospitais privado em atendimentos particulares e planos de saúde.

Para alcançar os objetivos proposto, foi realizada uma pesquisa de campo no município de Cacoal - RO, em três hospitais particulares, por meio de entrevista onde foi possível identificar e mapear os objetivos proposto. Os dados coletados na entrevista foram agrupados e após analisados.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Nesta seção será realizada uma revisão teórica que dará suporte e fundamentação ao estudo proposto, sendo abordados, direito à saúde, objetivos do SUS, financiamento do SUS, planos de saúde, regulamentação dos planos e seguros privados, rede privada de saúde.

## 2.1 DIREITO A SAÚDE

Quando se fala em ter direito a saúde, não se pode deixar de mencionar o Decreto legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves, autor do projeto, que foi considerado o marco inicial na constituição do Sistema de Saúde, dentro do Sistema previdenciário. A referida lei foi considerada como uma das primeiras intervenções do Estado Brasileiro no sentido de garantir algum tipo de previdência social no Brasil (NETO; DENDASCK; OLIVEIRA, 2016).

Outro marco na evolução para a saúde pública do Brasil foi a criação do Primeiro Conselho de Saúde em 1948. Aliado ao conselho veio a construção dos hospitais públicos, a constituição do Ministério da Saúde em 1953. Diante de tantas conquistas, tais mudanças não foram estabelecidas nas constituições de 1937, o Estado permaneceu durante muito tempo prestando relativa assistência a saúde apenas aos trabalhadores formais que eram contribuintes, como já foi relatado anteriormente. Outro fato importante a ser mencionado na busca por garantias de saúde a todo cidadão, foi movimento o sanitarista que ocorreu em 1978, e uma década depois veio a consolidação de um sonho, com a promulgação da atual Constituição Federativa do Brasil de 1988 (GONÇALVES, 2012).

Diante dos mais variados ganhos sociais decorrentes da democratização do país, consolidada pela Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representa, certamente, uma das mais importantes conquistas para os trabalhadores (MARQUES; MENDES, 2012).

Mediante a criação da Lei orgânica da saúde nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, visando a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, a mesma estabelece em seu artigo 2º que a saúde é um direito fundamental.

De acordo com o art. 6ª da Constituição Federal são direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Todo cidadão brasileiro tem o seu direito à saúde, o qual se configura como direito fundamental reconhecido no âmbito internacional e na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e, Culturais de 1966 (LOOSE, 2012).

A saúde é propriamente um direito, mas também um dever fundamental, sendo que o artigo 196, da CF, não deixa dúvidas quanto à existência desse direito, em que os deveres conexos ou correlatos têm origem e conformação a partir da norma de direito fundamental (WÜNSCH; MARTINI VIAL, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo de permitir o acesso integral e gratuito de todos os brasileiros aos serviços e às ações de saúde. Paralelamente a este sistema, muitas pessoas optam em contratar atendimento em grupos de medicina privada, por meio de planos de saúde (WÜNSCH; MARTINI VIAL, 2013).

Com a criação da Lei nº 9.656/98 que passou a regulamentar o setor de planos e seguros de saúde, impulsiona o interesse das empresas que comercializam e oferecem produtos de assistência à saúde. No ano 2000 foi criada a agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a qual é vinculada ao Ministério da Saúde e têm a função de normatizar, controlar e fiscalizar os planos de saúde; recebendo reclamações, impondo multas e punindo as empresas infradoras, juntamente com Código de Defesa do Consumidor (GERSCHMAN *et al.*, 2012).

Pegoretti (2014) afirma que a proliferação dos planos de saúde no Brasil deu-se em razão da própria Constituição ter outorgado ao setor privado a possibilidade de explorar esse serviço por meio de uma contraprestação pecuniária por parte do consumidor, até mesmo, como forma de suprir a ineficácia do Poder Público no cumprimento do dever constitucional de assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros. Pois, não bastou a criação do sistema único de saúde (SUS) para suprir as necessidades de assistência à saúde da população brasileira de forma plena.

## 2.2 OBJETIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Inspirado no *National Health Service*, nome em inglês do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Segundo informações do Conselho Nacional de Saúde, é descrito pelo Ministério da Saúde na



sua cartilha Entendendo o SUS como o único sistema no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

No ano de 2013 o SUS completou 25 anos de sua criação um marco histórico para realidade Brasileira um avanço considerável sob ótica da administração política, sempre que se fala dos objetivos da saúde, pensa-se no dever de cuidar e atender pessoas doentes, tanto no âmbito público quanto no privado, no entanto se esquece que o maior objetivo da saúde é a prevenção, ou seja, impedir que as pessoas adoeçam (BARBOSA, 2013).

De acordo com a lei de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, os objetivos do SUS são dedicar-se à assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio de ações assistenciais e preventivas realizadas de maneira conjunta entre União, Estados e Municípios.

No intuito de garantir o cumprimento de seus princípios, o texto constitucional deixa evidente seu parâmetro doutrinário referente à universalidade da saúde, que assegura a todos os cidadãos, o direito à saúde e o acesso sem discriminação ao conjunto de serviços de saúde pública. Outro pilar do SUS é a integralidade, definida como um conjunto de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos de forma equitativa, que devem ser realizados com recursos públicos, ou seja, sem custo direto para o usuário (BARBOSA, 2013).

### 2.3 O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Entre as décadas de 1920 e 1980, havia no Brasil dois tipos de atenção à saúde, a medicina previdenciária e a saúde pública, sendo que a primeira era restrita para os trabalhadores pertencentes às categorias reconhecidas por lei e para as quais se criou um seguro social. Esta conexão medicina/trabalho formal fez parte de um processo de ampliação dos direitos sociais, previstos na constituição de 1988.

Antes da criação do SUS, o sistema de saúde da década de 1980 era financiado principalmente por contribuições sociais, essa arrecadação era feita por meio de desconto em folha de pagamento de empregados e empregadores, para previdência social. Havia também uma contribuição para fundo de investimento social (FINSOCIAL) e essas receitas

representaram 80% dos recursos que financiavam o gasto com saúde pública (MARQUES e MENDES, 2012).

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal de 1988, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (FORTES, 2012).

Segundo a Lei orgânica da saúde nº 8.080 de 1990 que definiu alguns critérios para a distribuição dos recursos para os estados e municípios, foi levada em consideração a situação demográfica de cada região, o perfil epidemiológico em que se analisam as doenças que atingem a população da localidade, não podendo esquecer de mencionar a situação financeira e econômica da região, porém um ponto foi deixado sem resposta, sobre qual seria o percentual que cada membro federativo teria que contribuir para o custeio do SUS. Então de 1990 a 2000 a União ficou com a responsabilidade de custear mais 80% das ações em saúde. Nesse período houve uma grande dificuldade de assegurar uma qualidade no atendimento na saúde (CARLOS NETO, DENDASCK e OLIVEIRA, 2016).

No ano de 2000 foi instituída a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) em cujo texto, menciona-se que os estados e municípios devem dispor de no mínimo 7% das receitas oriundas de impostos ou transferências constitucionais, sendo que esse percentual deveria crescer gradativamente ano a ano até atingir 12% aos Estados e Distrito federal, e 15% aos Municípios. Em contrapartida a União, faria no primeiro ano um subsídio de 5% com base no orçamento empenhado do período anterior. No entanto a EC 29 não identifica qual seria a origem dos recursos (FORTES, 2012).

Após A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, criada para regulamentar o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, sendo definidos quais seriam os percentuais a serem investidos por cada membro da federação, no SUS. Com isso, os municípios e o Distrito Federal devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de imposto em ações de serviços públicos de saúde por ano. Já os Estados 12% de sua arrecadação e para a União o total aplicado deve corresponder ao valor comprometido no exercício financeiro antecedente, adicionado do percentual relativo à

variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (BARBOSA, 2013).

Esses recursos devem ser repassados da seguinte forma, a União por meio do Fundo Nacional de Saúde que irá gerir tais recursos de forma a transferir aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que, por sua vez deverá aplicar esses recursos exclusivamente na saúde. Os recursos que compõem o financiamento do SUS provêm de três fontes principais: recursos de tributos e contribuições federais, recursos de tributos estaduais e recursos da arrecadação tributária municipal (MARQUES e MENDES, 2012).

## 2.4 PLANOS DE SAÚDE OU SEGUROS DE SAÚDE.

Segundo Pereira Filho (1999), os planos de saúde existem no Brasil, assim como em vários países. Há décadas se faz uso dos serviços privados de assistência médica, sejam eles hospitalares ou laboratoriais como alternativa ao atendimento público.

No Brasil, o surgimento das primeiras empresas de assistência médica privada foi na década de 60 para atender, á princípio, aos trabalhadores das indústrias multinacionais que se instalavam na região de São Paulo, em virtude da má qualidade do atendimento da saúde pública (PEREIRA FILHO, 1999).

A utilização dessa forma de atendimento levou ao surgimento dos grupos de profissionais médicos para suprir a demanda por serviços de saúde, o que ocasionou a posterior criação dos planos de saúde e do seguro saúde (ITURRI, 2014).

## 2.5 REGULAMENTAÇÕES DOS PLANOS E SEGUROS PRIVADOS

No início da década de 1990, já havia um crescimento na oferta e procura por planos de saúde suplementar, por vários motivos, entre eles a má qualidade da saúde pública oferecida pelo Governo Federal, logos após veio à criação do plano real, e a melhora da economia Brasileira junto com fortalecimento do poder de compra do brasileiro, diante de um cenário econômico favorável e mercado aquecido, várias empresa de planos e seguros privados, aqui se instalaram (BAHIA, 2010).

No entanto, não havia lei que regulamentasse essa atividade, nem mesmo órgão regulador para poder fiscalizar. Nessa época, as queixas contra planos e seguros saúde

estavam entre as cinco primeiras causas de reclamações no órgão de defesa e proteção do consumidor (PROCON), com intuito de sanar falhas na saúde pública e de olho na expansão no setor de serviços, o Governo Federal tem estimulado o setor suplementar por meio de renúncias fiscais na dedução do imposto de renda (FORTES, 2012).

O Decreto Lei nº 73, de 1966, que regulamentava os seguros de saúde, o fazia sob a concepção geral de seguro e não havia norma específica para os planos de saúde, que envolvesse operadora de planos de saúde, prestador e usuário.

Em 1998 foi sancionada a Lei nº 9.656 que ficou conhecida como a lei dos planos de saúde que irá dispor sobre os planos privados de assistência à saúde, foi um grande avanço para o setor, logo após, em 2000, a Lei 9.961 instituiu Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi constituída como autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades da saúde suplementar, e sob o incentivo proporcionado pela União, por meio de abatimentos em impostos de rendas oferecidos aos usuários, em contrapartida as isenções para operadoras de planos de saúde, o Estado, tenta equilibrar a balança da saúde, de forma que possa estancar nem que seja paliativa as falhas oriundas da administração pública (ITURRI, 2014).

Segundo Iturri (2014) os planos e seguros de saúde, são concretizados por meio de contratos a prestação de serviços de saúde de maneira individual ou em grupo na forma de benefícios, em rede de saúde privada como hospitais, clínicas de diagnóstico e laboratórios de análise.

Segundo Agência Nacional de Saúde de Suplementar (ANS) Existem quatro principais modalidades de empresas de saúde suplementar:

1. Medicina de Grupo: Sua gestão é feita por uma empresa privada criada em sua maioria por proprietários de hospitais, os atendimentos podem ser prestados em sua rede hospitalar, ou por meio de entidades credenciadas aptas para fazer esses atendimentos.

2. Seguro de Saúde: Sua ótica de trabalho foca no reembolso das despesas com serviços; os valores gastos têm teto previamente acordado em contrato.

3. Cooperativas de Trabalho Médico: Com foco no cooperativismo são formadas por profissionais da área médica, ao se associar são denominados cooperados, atualmente são elas que abrangem a maioria dos municípios Brasileiros.

4. Autogestão: Essa modalidade de assistência à saúde, tem por objetivo maior atender os empregados de empresas e seus familiares, são organizados diretamente pela empresa, ou por seus colaboradores que o instituem e administram.

Os problemas de saúde no Brasil vão muito além dos das enfermidades que assolam a população. A sociedade como um todo já sofre com os problemas de saúde causados pela poluição, obesidade, e distúrbios de ordem mental, dentre outros ainda tem que conviver com a mídia noticiando todos os dias os desvios de verbas, que em tese deveria ser destinados à saúde, e presenciar o descaso por parte das autoridades. Por isso não chega a ser surpreendente, o crescimento da assistência médica privada em todo o país. Segundo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) na 11ª edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB) aponta que 47,5 milhões de pessoas têm algum plano de saúde no país.

## 2.6 REDE PRIVADA DE SAÚDE

Relatos históricos indicam que os hospitais surgiram como lugares de acolhida de doentes e peregrinos, durante a idade média, sendo um local destinado ao atendimento de doentes, para proporcionar o diagnóstico e o tratamento de enfermidade. O termo "hospital" deriva do latim *hospitale* que se refere a hospede, hospitalidade. Esse conceito de hospedagem nos remete a um lugar terapêutico, ambiente onde haverá profissionais preparados para cuidar e orientar o paciente, em seu tempo de estadia ali (SANGLARD, 2007).

No Brasil a assistência hospitalar à população, teve o início com a colonização, era oferecida basicamente pelas santas casas. Na época os indigentes e os pobres eram atendidos em instituições filantrópicas ligada à igreja católica, ou em entidades ligadas às colônias de imigrantes o restante da população ou procurava um médico particular ou outros profissionais como cirurgiões, barbeiros, sangradores, curandeiros, parteiros e curiosos (SANGLARD, 2007).

A atividade hospitalar no Brasil tem evoluído, com a melhora da atividade econômica, aliados ao incentivo do governo federal que tem uma proposta definida no tocante à inserção de novos cursos de medicina providos por intermédio das instituições particulares de ensino superior em regiões de menor desenvolvimento. Antes o curso de medicina tinha sua concentração nas metrópoles, tal ferramenta usada pelo governo tem surtido efeito como oferta de médicos onde antes não havia (PAIM *et al.*, 2011).

Diante desse cenário pode-se dizer que, houve uma crescente demanda dos serviços de saúde na rede privada e, com esse crescimento na oferta, muitos tratamentos médicos que antes só eram realizados nas capitais, podem ser feito também no interior. Outra variante que deve ser considerada é o quanto a proliferação dos planos de saúde contribuiu para essa ampliação, ofertando planos com diferentes opções de valores e modelo de contratos de assistência médica. De olho nessa fatia do mercado redes de hospitais privados espalhado pelo país, vira nessa opção de atendimento, uma forma de aumentar seu faturamento (PAIM *et al.*, 2011).

### 3. METODOLOGIA

Quanto à natureza, a pesquisa caracteriza-se como estudo de campo, pois procura analisar uma realidade específica procede basicamente por meio da observação direta das atividades do grupo estudando, os fatos e fenômenos da forma que os mesmo acontecem e a realização de entrevistas a fim de captar as explicações e interpretações do ocorrem naquela realidade (GIL, 2008).

O desenvolvimento da pesquisa foi baseado, utilizando método dedutivo que permeia o raciocínio lógico, quando se faz uso da dedução para obter uma conclusão, pressupõe que só a razão é capaz de levar o caminho do conhecimento. “Parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis e possibilita chegar a conclusões de maneira puramente formal, isto é, em virtude unicamente de sua lógica” (GIL, 2008).

Quando ao seu caráter de abordagem foi de forma qualitativa e teve seus aspectos quantitativos onde haverá número sem a necessidade de uma análise estatística, onde foi levantado dados de um grupo específico para poder compreender e interpretar determinadas informações, na abordagem qualitativa a pesquisa tem o ambiente como fonte de dados, os recursos mais usados nessa abordagem são as entrevistas semiestruturadas, a pesquisa qualitativa é ótima para aprofundar conhecimentos já quantificados ou quando se deseja criar uma base de conhecimentos para só depois quantificá-los (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa foi realizada no município de Cacoal-RO, em três instituições de saúde Privada, que faz atendimentos de forma particular e por meio de planos de saúde, especializados na prestação de serviço de saúde, para coleta de dados foi utilizado um questionário de entrevista semiestruturado, o mesmo foi encaminhado ao administrador do

hospital com questões abertas e fechadas, onde o mesmo enviou o questionário para os setores responsável pelo faturamento de convênios e particular do hospital.

Com objetivo de coletar informações sobre os seguintes pontos, quais os atendimentos prestados, os planos de saúde aceitos pela empresa, se a unidade hospitalar atende pacientes do sistema único de saúde, qual a demanda de pacientes particulares por mês, e de atendimento convenio, quais os principais procedimentos realizados e valores cobrados entre atendimentos.

Após a realização da coleta os dados foram agrupados e analisados com o intuito de verificar os preços dos serviços médicos/hospitalares com o auxílio de ferramentas eletrônicas (*Word e Excel*) para dar suporte ao processo de análise e apresentação dos dados.

#### **4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos por meio da entrevista, bem como a análise e discussão dos mesmos, com suporte da literatura existente sobre o tema. Para facilitar o entendimento os resultados foram separados em tópicos tais como: local da pesquisa, apresentação dos dados e discussão dos resultados obtidos.

##### **4.1 LOCAIS DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no município de Cacoal Rondônia, localizado as margens da BR 364 ao sul do estado de Rondônia, entre os Municípios de Pimenta Bueno e Presidente Médici, com uma população estimada 88.507 habitantes de Segundo (IBGE 2017) a cidade vem se destacando como polo de saúde com uma ampla rede de hospitais e clinicas como varias especialidades, foram escolhidos para a pesquisa os três maiores hospitais privado do município de Cacoal - RO.

##### **4.2 PERFIS DOS HOSPITAIS E TIPOS DE ATENDIMENTOS**

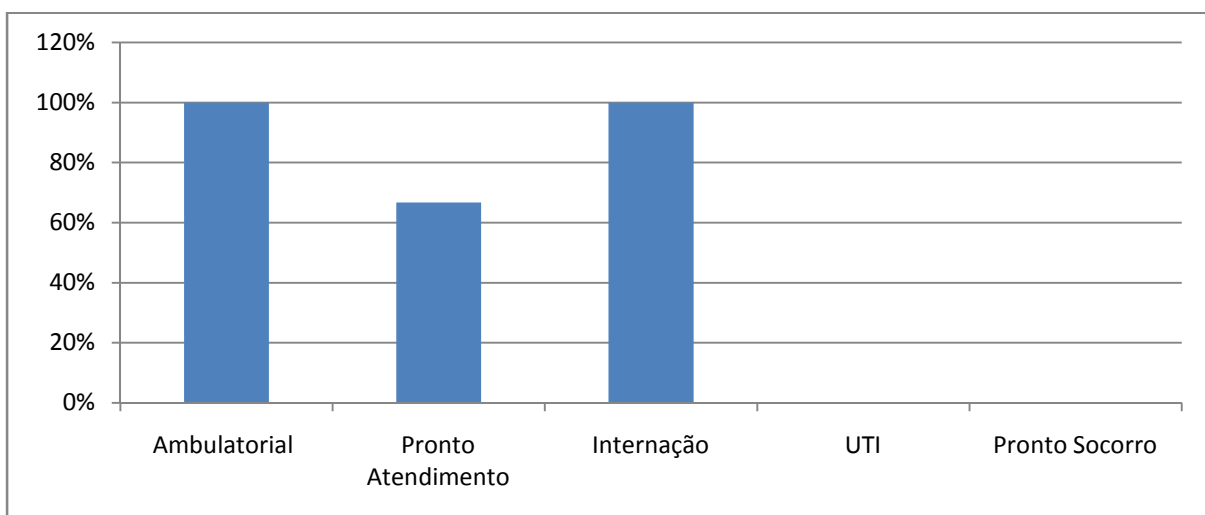
No que se refere à classificação dos hospitais abordados na pesquisa, foi constatado que 100% são exclusivamente privados com fins lucrativos, com relação aos tipos de atendimento que os hospitais possuem 100% prestam serviço de atendimento ambulatorial, o qual consiste no atendimento em consultório ou ambulatório. 66,67% possuem serviços de

pronto atendimento (SPA), nesta modalidade de atendimento a unidade hospitalar dispõe de médico 24 horas por dias ininterruptamente, para atender a qualquer pessoa que procure, sem agendamento prévio ou limites de consulta, com caráter de urgência e emergência, e 100% dos hospitais entrevistados fazem internação.

A realização de uma internação é um procedimento médico complexo que deve receber toda atenção e cuidados devidos de uma equipe formada por profissionais médicos, enfermeiros e técnicos.

Em relação às formas de acesso aos serviços prestados pelos hospitais, verificou-se que todos eles atendem de maneira particular, ou seja, não prestam serviços via Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os atendimentos realizados por meio de pagamento direto (particular) ou via planos de saúde, conforme já mencionado. Os tipos de atendimento estão representados pelos hospitais pesquisados são apresentados na figura 1.

**Figura 1 - Atendimentos Prestados**



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Conforme pode ser observado, nenhuns dos hospitais estudados possuem UTI e pronto socorro o que demonstra que não há interesse por parte destas empresas em prestarem serviços mais complexos, o que pode estar relacionado aos altos custos desse tipo de serviços, em virtude das necessidades específicas para isso. No que se refere a atendimentos complexos, Pias (2015), destaca que a terapia intensiva é uma área específica da atenção ao processo saúde-doença que se diferencia pela alta capacitação profissional tecnológica, na



qual os profissionais necessitam ser altamente qualificados, quer seja pelo conhecimento, habilidade e destreza na realização de procedimentos com pacientes instáveis.

Ao serem questionados por quais motivos os hospitais não mantinha convênio com Sistema Único de Saúde (SUS), a resposta foi de forma unanime que não havia interesse devido aos valores pagos abaixo de tabela para os procedimentos, e que financeiramente era inviável.

#### 4.3 PLANOS DE SAÚDE ATENDIDOS

A saúde é algo de suma importância para melhoria da qualidade de vida da população, com a deficiência do estado em garantir qualidade na prestação de serviços de saúde. Segundo Carvalho (2013) a saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante o acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Nesse período houve o surgimento de varias empresas no seguimento de planos de saúde, diante dessa explanação foram questionados, quais os planos de saúde é atendido em cada hospital, o que é apresentado pela figura 2.

**Figura 2 - Planos de saúde Atendidos**

Hospitais	Unimed	Bradesco	Astir	Cassi	Postal	Geap	Saúde Caixa	Capesaúde	Particular
A	S	N	S	S	N	S	S	S	S
B	S	N	N	N	N	N	N	N	S
C	S	S	S	N	S	N	S	S	S

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

S= Sim N= Não

Conforme exposto na figura 2 podemos verificar que entre os três hospitais entrevistados o plano de saúde da Unimed está presente em todos. Isto demonstra uma maior participação entre os beneficiários desse plano de saúde na região de Cacoal. Tal situação de predominância da Unimed fica evidente ao verificar que o hospital B atende somente beneficiários desse plano de saúde. Nos hospitais A e C por outro lado existe uma diversificação de planos de saúde conveniados.

De acordo com Mendonça (2016), os planos autorizam 3 milhões de atendimentos por dia, o que demonstra a importância que setor tem para a prestação de serviços médico

hospitalar no Brasil. Diante dessa situação fica evidente que a adesão aos convênios de saúde se apresentam como uma tendência para as empresas prestadoras de serviços de saúde.

#### 4.4 VALORES PAGOS PELOS PLANOS DE SAÚDE E PARTICULAR

Na figura 3 são apresentados os valores pagos pelos 10 principais procedimentos realizados em cada hospital, tanto pelos planos de saúde como também por meio de pagamentos particulares, possibilitando o comparativo entre os valores praticados.

**Figura 3 - Hospital A**

Procedimento	Unimed	Bradesco	Astir	Cassi	Postal	Geap	Saúde Caixa	Capesaúde	Particular
Ambulatorial	84,00	N	70,00	82,00	N	60,00	85,00	135,00	280,00
Pronto Atendimento	72,00	N	80,00	82,00	N	70,00	85,00	120,00	280,00
Cesariana	3.600,00	N	4.750,00	3.800,00	N	2.400,00	3.300,00	N	7.000,00
Parto Normal	2.200,00	N	3.100,00	N	N	4.950,00	N	N	7.000,00
Colicistectomia	4.800,00	N	5.500,00	4.100,00	N	2.900,00	N	3.400,00	10.000,00
Apendicectomia	3.400,00	N	N	3.100,00	N	N	6.600,00	N	8.500,00
Postectomia	1.350,00	N	850,00	1.200,00	N	n	N	N	1.800,00
Ureterolitotripsia	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Artrodese de coluna	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Bloqueios	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Entre os procedimentos ofertados podemos verificar que de acordo com a figura 3 que os valores pagos há uma pequena variação entre os planos de saúde, a Unimed mantém os melhores valores pagos em cada procedimento, o que chama atenção são os valores cobrados pelos mesmos procedimentos de forma particular, demonstrando uma variação ampla na cobrança.

Segundo dados da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), o valor médio da consulta paga pelos convênios está em torno de R\$ 60. As entidades médicas defendem um

valor de R\$ 130. Em consultórios particulares nos hospitais de Cacoal, os preços variam de R\$ 200,00 a R\$ 400,00 dependendo da especialidade do profissional.

**Figura 4 - Hospital B**

Procedimento	Unimed	Bradesco	Astir	Cassi	Postal	Geap	Saúde Caixa	Capsaúde	Particular
Ambulatorial	110,00	N	N	N	N	N	N	N	250,00
Pronto Atendimento	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Cesariana	2.597,40	N	N	N	N	N	N	N	4.900,00
Parto Normal	3.220,00	N	N	N	N	N	N	N	7.500,00
Colicistectomia	N	N	N	N	N	N	N	N	7.000,00
Apendicectomia	1.687,93	N	N	N	N	N	N	N	7.000,00
Postectomia	1.951,73	N	N	N	N	N	N	N	2.500,00
Ureterolitotripsia	4.078,73	N	N	N	N	N	N	N	8.000,00
Artrodese de coluna	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Bloqueios	N	N	N	N	N	n	N	N	N

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Após anos 2000 Cacoal vem se tornando referencia em saúde, alguns acontecimentos contribuirão para isso, com a criação do curso de medicina oferecido pela faculdade de ciências biomédicas de Cacoal (Facimed), adjunto à inauguração do hospital regional de Cacoal, a partir de tais acontecimentos, o município se torna polo de saúde para toda região da zona da mata. Segundo Governo do Estado de Rondônia (2016) a saúde pública em Rondônia tem registrado diversos avanços, e dois bons exemplos estão na cidade de Cacoal: o Hospital Regional (HRC) e o Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal (Heuro). Na figura 4 temos a análise dos dados fornecidos pelo Hospital B, o que evidencia que a referida empresa atende apenas em duas modalidades, particular e convênio. Em termos de atendimento por meio de plano de saúde, pode ser verificado que este hospital atende apenas usuários do plano de saúde Unimed.

**Figura 5 - Hospital C**

Procedimento	Unimed	Bradesco	Astir	Cassi	Postal	Geap	Saúde Caixa	Capsaúde	Particular
--------------	--------	----------	-------	-------	--------	------	-------------	----------	------------

<b>Ambulatorial</b>	84,00	85,00	80,00	X	75,00	X	100,00	150,00	270,00
<b>Pronto Atendimento</b>	72,00	85,00	80,00	X	75,00	X	100,00	150,00	370,00
<b>Cesariana</b>	3.200,00	4.800,00	2.900,00	X	3.500,00	X	3.600,00	3.500,00	5.600,00
<b>Parto Normal</b>	2.800,00	4.500,00	2.800,00	X	3.000,00	X	3.100,00	3.200,00	5.600,00
<b>Colicistectomia</b>	4.100,00	4.700,00	3.500,00	X	3.900,00	X	3.900,00	3.900,00	8.500,00
<b>Apendicectomia</b>	3.900,00	4.300,00	3.600,00	X	4.100,00	X	2.200,00	2.100,00	8.000,00
<b>Postectomia</b>	2.100,00	2.200,00	1.900,00	X	2.100,00	X	2.200,00	2.100,00	2.000,00
<b>Ureterolitotripsia</b>	8.100,00	8.200,00	7.200,00	X	8.200,00	X	8.200,00	8.200,00	15.000,00
<b>Artrodese de coluna</b>	8.100,00	9.100,00	7.100,00	X	7.100,00	X	9.100,00	7.100,00	40.000,00
<b>Bloqueios</b>	3.700,00	3.400,00	2.100,00	X	3.400,00	X	3.400,00	3.300,00	4.000,00

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Tema relevante ao falar de abrangência de planos de saúde e suas cobertura, é notório que durante a realização dessa pesquisa, no processo de entrevista, houve relatos por parte dos gestores, que profissionais medico com carreiras mais consolidada e reconhecimento na sociedade, deixam de atender via planos de saúde, e passam atender somente na modalidade particular, alegando agendas lotadas e recebimentos por suas consultas abaixo do desejado.

Segundo Collucci (2015) uns dos fatores que estão levando médicos a só atender pacientes particulares estão maior remuneração a consulta chega a custar dez vezes mais do que a paga pelo plano, ausência de burocracia, como prazos para pagamento impostos pelos planos, um menor número de pacientes para atender e mais tempo para se dedicar a ele.

Para melhor entendimento dos dados expostos nas figuras 3,4,5 foi selecionado e agrupados todos os procedimentos pesquisados entre os hospitais A,B e C, e os planos de saúde que está presente em pelo menos dois hospitais, na figura 6.

**Figura 6 Comparativo entre Planos**

<b>Procedimento</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Unimed</b>	<b>Astir</b>	<b>Saúde Caixa</b>	<b>Capesaúde</b>	<b>Particular</b>
<b>Ambulatorial</b>	<b>A</b>	R\$ 84,00	R\$ 70,00	R\$ 85,00	R\$ 135,00	R\$ 280,00
	<b>B</b>	R\$ 110,00	N	N	N	R\$ 250,00
	<b>C</b>	R\$ 84,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 150,00	R\$ 270,00
<b>Pronto Atendimento</b>	<b>A</b>	R\$ 72,00	R\$ 80,00	R\$ 85,00	R\$ 120,00	R\$ 280,00
	<b>B</b>	N	N	N	N	N

	<b>C</b>	R\$ 72,00	R\$ 80,00	R\$ 100,00	R\$ 150,00	R\$ 370,00
<b>Cesariana</b>	<b>A</b>	R\$ 3.600,00	R\$4.750,00	R\$ 3.300,00	N	R\$ 7.000,00
	<b>B</b>	R\$ 2.597,40	N	N	N	R\$ 4.900,00
	<b>C</b>	R\$ 3.200,00	R\$2.900,00	R\$ 3.600,00	R\$ 3.500,00	R\$ 5.600,00
<b>Parto Normal</b>	<b>A</b>	R\$ 2.200,00	R\$3.100,00	N	N	R\$ 7.000,00
	<b>B</b>	R\$ 3.220,00	N	N	N	R\$ 7.500,00
	<b>C</b>	R\$ 2.800,00	R\$2.800,00	R\$ 3.100,00	R\$ 3.200,00	R\$ 5.600,00
<b>Colicistectomia</b>	<b>A</b>	R\$ 4.800,00	R\$5.500,00	N	R\$ 3.400,00	R\$10.000,00
	<b>B</b>	N	N	N	N	R\$ 7.000,00
	<b>C</b>	R\$ 4.100,00	R\$3.500,00	R\$ 3.900,00	R\$ 3.900,00	R\$ 8.500,00
<b>Apendicectomia</b>	<b>A</b>	R\$ 3.400,00	N	R\$ 6.600,00	N	R\$ 8.500,00
	<b>B</b>	R\$ 1.687,93	N	N	N	R\$ 7.000,00
	<b>C</b>	R\$ 3.900,00	R\$3.600,00	R\$ 2.200,00	R\$ 2.100,00	R\$ 8.000,00
<b>Postectomia</b>	<b>A</b>	R\$ 1.350,00	R\$ 850,00	N	N	R\$ 1.800,00
	<b>B</b>	R\$ 1.951,73	N	N	N	R\$ 2.500,00
	<b>C</b>	R\$ 2.100,00	R\$1.900,00	R\$ 2.200,00	R\$ 2.100,00	R\$ 2.000,00
<b>Ureterolitotripsia</b>	<b>A</b>	N	N	N	N	N
	<b>B</b>	R\$ 4.078,73	N	N	N	R\$ 8.000,00
	<b>C</b>	R\$ 100,00	R\$7.200,00	R\$ 8.200,00	R\$ 8.200,00	R\$15.000,00
<b>Artrodese de coluna</b>	<b>A</b>	N	N	N	N	N
	<b>B</b>	N	N	N	N	N
	<b>C</b>	R\$ 8.100,00	R\$7.100,00	R\$ 9.100,00	R\$ 7.100,00	R\$40.000,00
<b>Bloqueios</b>	<b>A</b>	N	N	N	N	N
	<b>B</b>	N	N	N	N	N
	<b>C</b>	R\$ 3.700,00	R\$2.100,00	R\$ 3.300,00	R\$ 3.300,00	R\$ 4.000,00

Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Na figura 6 fica evidente a discrepância dos preços praticados em atendimentos particulares em um comparativo com os principais planos de saúde, pode-se perceber que um mesmo plano de saúde remunera valores de forma diferente entre hospitais.

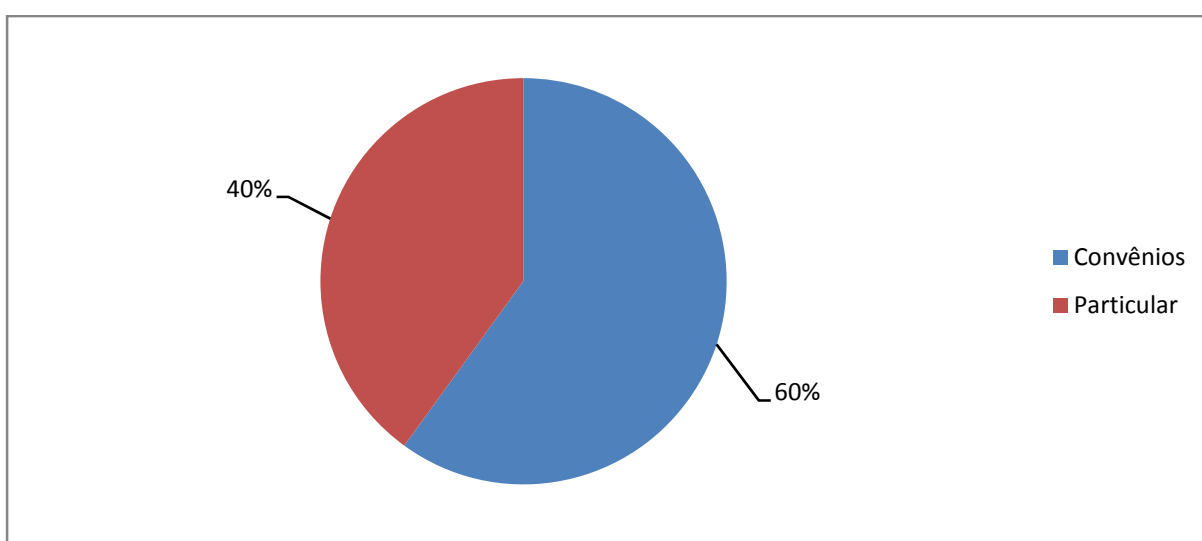
#### 4.5 FATURAMENTO CONÊNIO VERSUS PARTICULAR

O faturamento hospitalar é uma das funções de maior importância na administração financeira, o faturamento hospitalar tem como objetivo capturar o capital de giro aplicado pelo hospital em suas atividades. O desenvolvimento da área hospitalar nestes últimos cinco anos tem se caracterizado por muitas mudanças que aproximam cada vez mais as técnicas de

gerenciamento de recursos na área hospitalar com as utilizadas nas empresas, diante de um cenário de crise em que o Brasil vem atravessando, empresas da área da saúde tem como suporte em seu faturamento convênios firmado entre hospital e operadoras de planos de saúde (MAURIZ *et al.*, 2012).

Nessa temática foi abordado qual percentual que constitui seu faturamento é proveniente de atendimentos via convênios e particular. O Hospital A tem 60% do seu faturamento composto por atendimentos de convênios conforme pode se observado na figura 7.

**Figura 7 – Faturamento Hospital A**

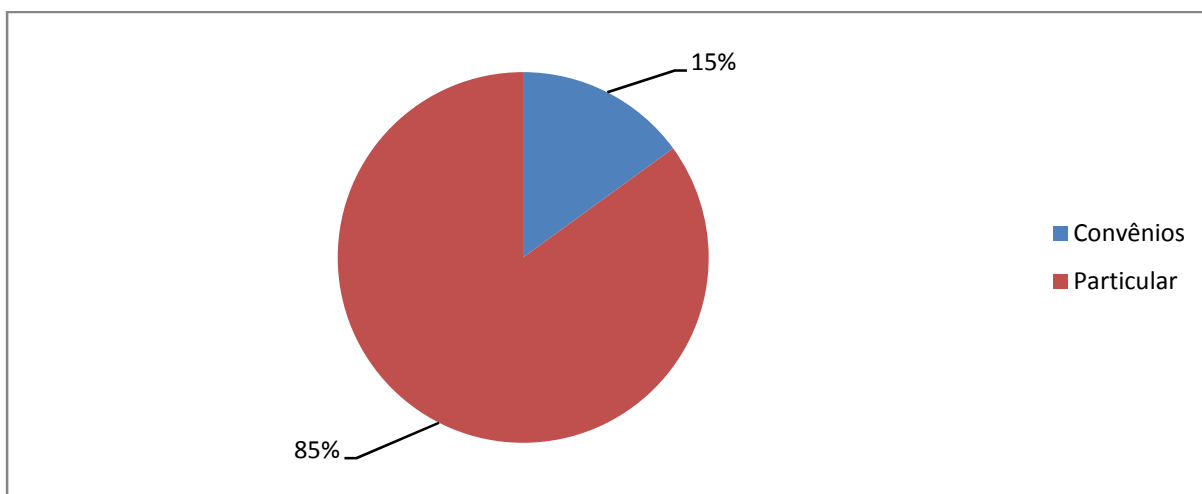


Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Os atendimentos por meio de pagamentos de forma particular totalizam 40% do faturamento da empresa, isso mostra que a parceria firmada entre hospitais e operadoras de planos de saúde pode ser fundamental para a saúde financeira do hospital.

Analisando as informações fornecidas pelo Hospital B é possível verificar algo oposto em comparação ao hospital A. devido sua grande fonte de renda vêm do atendimento particular que representa 85% de seu faturamento total. Tal situação pode ser explicada em função do número de convênios que o hospital B possui, uma vez que o mesmo atende apenas os conveniados da Unimed, conforme demonstrado na figura 2. A composição do faturamento do hospital B é apresentada por meio da figura 8 onde é possível visualizar as fontes de seu faturamento.

**Figura 8 – Faturamento Hospital B**

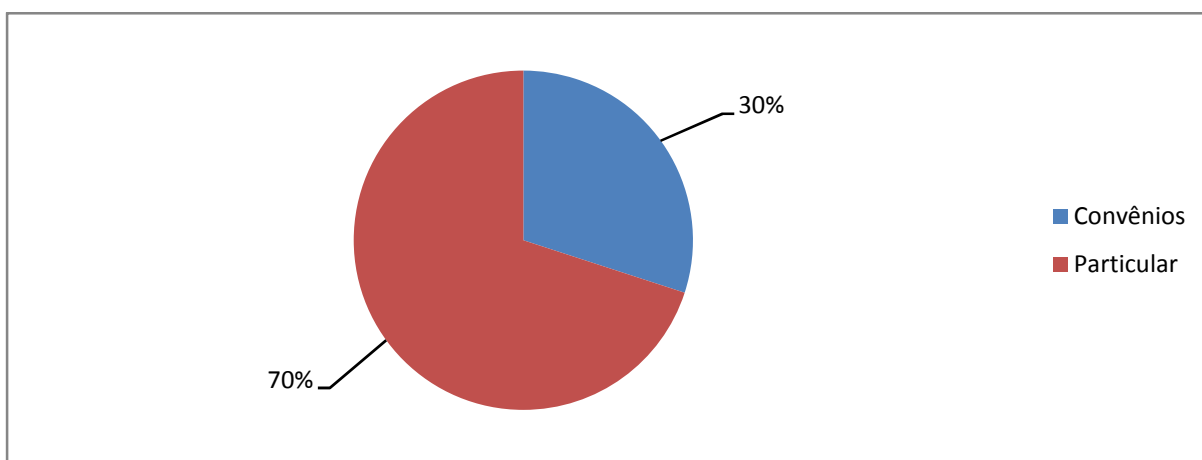


Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Questionados sobre os motivos de atender apenas uma operadora de plano de saúde, a informação foi que o convênio atendido é o principal da região com maior demanda, visto que os médicos que prestam serviço para o hospital são cooperados do plano atendido. Sobre seu faturamento ser 85% de atendimento particular a administração do hospital afirma que a maioria dos atendimentos é a pessoas da zona rural os quais geralmente não possuem planos de saúde.

Analisando as informações coletadas sobre o Hospital C, seu faturamento também é composto em por 70% de atendimentos de pacientes particular. Seu faturamento se assemelha ao do Hospital B, onde pode-se perceber pouco de dependência de atendimentos de convênios.

**Figura 9 – Faturamento Hospital C**



Fonte: elaborado pelo autor com base nos dados da pesquisa

Durante o processo de entrevista, foi abordada a questão do faturamento pela modalidade convênios compor apenas 30% do seu faturamento, a resposta foi que o hospital vem de ampliações que o foco anterior não era atender vários convênios, mas que acordo com o cenário atual é aumentar o número de convênios atendidos, objetivando uma melhor participação do faturamento por meio de convênios.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados apresentados nessa pesquisa, onde seu objetivo foi evidenciar diferentes valores pagos aos hospitais, por meio de convênios firmados entre empresa de planos de saúde e instituições privadas de saúde, nos principais procedimentos médicos e hospitalares.

Por meio de dados coletados nos questionários chega-se as seguintes informações entre os três hospitais entrevistado pode se notar que apenas o Hospital B matem convenio com apenas uma única empresa de plano de saúde, nota-se que por meio de gráfico exposto acima que seu faturamento é de 85% de paciente particular, e outros 15% de pacientes do convênio Unimed.

Evidencia que o Hospital A tem em seu faturamento total dependência dos atendimentos oriundos de convênios firmados entre empresa e a rede de planos de saúde existente, onde seu recurso que provem de atendimentos particulares representa apenas 40% de suas entradas, outros 60% são de planos de saúde, tal informação mostra a importância do mercado de seguros e planos de saúde, onde a população busca melhorias na qualidade de vida por meio de uma saúde preventiva. Já o Hospital C tem seu faturamento constituído 70% de atendimentos particulares, e outros 30% de atendimento oriundos via planos de saúde.

Um dos objetos da pesquisa era verificar e comparar os valores pagos, nos mesmos procedimentos médicos e hospitalares, valores pagos pelas operadoras de planos de saúde para os hospitais entrevistados, e o quanto era cobrado nesse procedimento de forma particular, nota-se em alguns atendimentos uma diferença que chega até 300% a mais, outro ponto a ser salientados é os acordo entre operadora e hospitais, em um mesmo procedimento o mesmo plano paga de forma diferenciada a cada profissional de saúde ou empresa de saúde.



## REFERÊNCIAS

ANS. Sala de situação: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> Dados extraídos dia: 14/07/2017

ASTA, Denis Dall; BARBOSA, Antonio Pires. Modelo Conceitual de Mensuração de Desperdícios em Hospitais Privados. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s.l.], v. 03, n. 01, p.40-56, 1 jun. 2014. University Nove de Julho.  
<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v3i1.103>.

BARBOSA, Estela Capelas. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 85-102, dec. 2013. ISSN 2316-3712. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/51/102>>. Acesso em: 06 Jul. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v2i2.51>.

BAHIA, Ligia. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 115-128, 2010.

Brasil (2012). *Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012*. Regulamenta o parágrafo 3o da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). CARLOS NETO, Daniel; DENDASCK, Carla; OLIVEIRA, Euzébio de. **A evolução histórica da Saúde Pública** – Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento- Vol. 1. Ano. 1. Março. 2016, pp : 52-67 ISSN:2448-0959

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo , v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

COLLUCCI, Cláudia. **Nos consultórios, 1/4 dos médicos do país não aceita planos de saúde**. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/12/1723490-nos-consultorios-14-dos-medicos-do-pais-nao-aceita-planos-de-saude.shtml>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

FORTES, Fátima Beatriz. A emenda constitucional n. 29 de 2000 e os governos estaduais. **Lua Nova**, São Paulo , n. 87, p. 167-202, 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452012000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452012000300008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452012000300008>.

GERSCHMAN, Silvia et al . O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços.

**Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 463-476, June 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200004&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200004>.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002

GONÇALVES, Luciano Meni. *O Direito Fundamental Social à Saúde: Do Biopoder às Audiências Públicas de Saúde*. 2012. Disponível em: <http://www.fdsu.edu.br/site/posgraduacao/dissertacoes/19.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2017.

ITURRI, A José Antonio. Saúde suplementar. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.91-95, 29 mar. 2014. Nucleo de Estudos em Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v8i1.1458>.

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acesso em 28 de junho de 2017 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

LOOSE, Cleberson Eller. : **Participação social na aplicação dos recursos destinados à saúde pública: um estudo de caso no município de Pimenta Bueno – RO**. 2012. 93 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Faculdade de Estudos Administrativos, Belo Horizonte, 2012.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Econ. soc.**, Campinas , v. 21, n. 2, p. 345-362, Aug. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-06182012000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182012000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 06 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>.

MAURIZ, Clarice et al. FATURAMENTO HOSPITALAR: UM PASSO A MAIS. **Revista Inova Ação**, Teresina, p.38-44, 01 jun. 2012. Semestral.

MENDES, Áquilas. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 24, supl. 1, p. 66-81, June 2015 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500066&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>.

MENDONÇA, Antônio Penteado. **A importância dos planos de saúde privados**. 2016. Disponível em: <<http://cnseg.org.br/fenasaude/servicos-apoio/noticias/a-importancia-dos-planos-de-saude-privados.html>>. Acesso em: 29 dez. 2017.

PIAS, Caroline et al. COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: SUBSÍDIOS PARA DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 3, set. 2015. ISSN 2176-9133.

Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41083>>. Acesso em: 28 nov. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41083>.

RONDÔNIA, Governo do Estado de. **Com investimentos do governo estadual, Cacoal se firma como polo de saúde em Rondônia**. 2016. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/com-investimentos-do-governo-estadual-cacoal-se-firma-como-polo-de-saude-em-rondonia/>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

SANTOS, P. R. N.; BITTENCOURT, O. N. S.; VROBLESKI, E. Contribuições de um Sistema de Informações para gerenciamento de custos hospitalar pelo método ABC. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE COMPUTAÇÃO, 2001, Itajaí. Anais...Itajaí: CTTMar- UNIVALI, 2001. p. 23 -33.

<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/turismo-e-hotelaria/a-estrutura-hospitalar-existente/15653>

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Esboços-Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC**, v. 13, n. 16, p. 11-33, 2007

SILVA, Victor Vieira; LOEBEL, Eduardo. Desempenho Econômico-Financeiro de Operadoras de Planos de Saúde Suplementar. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 5, n. 2, p. 57-70, dec. 2016. ISSN 2316-3712. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/260>>. Acesso em: 28 Jun. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v5i2.260>.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011 377 (9779): 1778-97. **Acesso em**, v. 14, 2013.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. Iniciativa privada e saúde. **Estud. av.**, São Paulo , v. 13, n. 35, p. 109-116, Apr. 1999 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100011&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 July 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100011>.

PEGORETT, Carlos. OS PLANOS DE SAÚDE E A LIMITAÇÃO DE ACESSO A TRATAMENTOS ESPECIAIS. *Revista Científica Semana Acadêmica*. Fortaleza, ano MMXV, Nº. 000067, 29/12/2014. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/os-planos-de-saude-e-limitacao-de-acesso-tratamentos-especiais>. Acessado em: 07/07/2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO::** Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013. (ISBN 978-85-7717-158-3).

WÜNSCH, Marina Sanches; MARTINI VIAL, Sandra Regina. **Os desafios do direito à saúde na sociedade complexa**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v2i2.115>>. Acesso em: 03 jul. 2017.

# APÊNDICE

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR**  
**CÂMPUS PROF. FRANCISCO GONÇALVES QUILES**  
**DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. EMPRESA \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_

2. QUAL A CLASSIFICAÇÃO DO HOSPITAL?

( ) PÚBLICO

( ) PARTICULAR

3. QUAIS OS TIPOS DE ATENDIMENTO O HOSPITAL POSSUI?

( ) AMBULATORIAL

( ) PRONTO SOCORRO

( ) PRONTO ATENDIMENTO

( ) UTI

( ) INTERNAÇÃO

( ) \_\_\_\_\_

4. HOSPITAL FAZ ATENDIMENTO AO SUS?

( ) SIM ( ) NÃO

5. SE NÃO QUAIS MOTIVOS PARA NÃO ATENDER O SUS?

R: \_\_\_\_\_

6. QUAIS OS PLANOS DE SAÚDE ATENDIDOS EM SEU HOSPITAL?

( ) UNIMED ( ) CASSI ( ) POSTAL SAÚDE ( ) CAPESAÚDE

( ) ASTIR ( ) BRADESCO ( ) GEAP ( ) SAÚDE CAIXA

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

7. QUAIS OS VALORES PAGOS POR PLANOS DE SAÚDE NOS SEGUINTE ATENDIMENTOS?

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)

POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)

CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

**ATENDIMENTO PRONTO ATENDIMENTO**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **CESARIANA**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **PARTO NORMAL**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **COLICISTECTOMIA**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **APENDICECTOMIA**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **POSTECTOMIA**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **URETEROLITOTRIPSIA**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **ARTRODESE DE COLUNA**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

#### **BLOQUEIOS**

UNIMED (\_\_\_\_) BRADESCO (\_\_\_\_) ASTIR (\_\_\_\_) CASSI (\_\_\_\_)  
 POSTAL SAÚDE (\_\_\_\_) GEAP (\_\_\_\_) SAÚDE CAIXA (\_\_\_\_)  
 CAPESAÚDE (\_\_\_\_)

8. QUAIS OS VALORES PAGOS NOS SEGUINTE ATENDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO PARTICULAR?

ATENDIMENTO AMBULATORIAL..... ( \_\_\_\_\_ )

ATENDIMENTO PRONTO SOCORRO.....( \_\_\_\_\_ )

CESARIANA.....( \_\_\_\_\_ )

PARTO NORMAL.....( \_\_\_\_\_ )

COLICISTECTOMIA.....( \_\_\_\_\_ )

APENDICECTOMIA.....( \_\_\_\_\_ )

POSTECTOMIA.....( \_\_\_\_\_ )

URETEROLITOTRIPSIA.....( \_\_\_\_\_ )

ARTRODESE DE COLUNA.....( \_\_\_\_\_ )

BLOQUEIOS.....( \_\_\_\_\_ )

9. EM RELAÇÃO AO FATURAMENTO MENSAL DO HOSPITAL QUAL PERCENTUAL REFERENTE À PLANOS DE SAÚDE?

( \_\_\_\_\_ %)

10. EM RELAÇÃO AO FATURAMENTO MENSAL DO HOSPITAL QUAL PERCENTUAL REFERENTE AO PARTICULAR?

( \_\_\_\_\_ %)